

Н.Н. Лёвина, В.Л. Силява

УО «Белорусская
медицинская академия
последипломного
образования», г. Минск

Диагностические критерии и клинические варианты течения патологического прелиминарного периода

Проведен анализ течения заключительного этапа беременности у 64 пациенток с клиническими проявлениями патологического прелиминарного периода различной выраженности и продолжительности. В качестве критериев диагностики патологического прелиминарного периода были выбраны: состояние женщины, состояние плода, сократительная активность матки, состояние родовых путей. На основании комплексной оценки указанных критериев выделены клинические варианты течения патологического прелиминарного периода («маточный», «материнский», «плодовый»), и определены факторы риска их формирования. Установлено, что недооценка или неадекватное лечение начальных симптомов патологического прелиминарного периода способствуют развитию наиболее неблагоприятного его варианта – «сочетанного».

Проведен анализ течения заключительного этапа беременности у 64 пациенток с клиническими проявлениями патологического прелиминарного периода различной выраженности и продолжительности. В качестве критериев диагностики патологического прелиминарного периода были выбраны: состояние женщины, состояние плода, сократительная активность матки, состояние родовых путей. На основании комплексной оценки указанных критериев выделены клинические варианты течения патологического прелиминарного периода («маточный», «материнский», «плодовый»), и определены факторы риска их формирования. Установлено, что недооценка или неадекватное лечение начальных симптомов патологического прелиминарного периода способствуют развитию наиболее неблагоприятного его варианта – «сочетанного».

Анализ литературы, посвященной проблеме прелиминарного периода (ПП), выявил отсутствие как однозначной трактовки этого термина различными авторами, так и четких диагностических критериев характера его те-

чения [1, 2, 6-10, 12]. Между тем, проблема продолжает оставаться весьма актуальной, так как в современной системе оказания акушерско-гинекологической помощи ПП все чаще протекает в условиях стационара, где возникают новые факторы риска развития его патологии [5, 11]. Следовательно, существует необходимость в усовершенствовании диагностических критериев характера течения ПП и разработке на основе их комплексной оценки схем ведения ПП.

Материалы и методы

Нами изучено течение заключительного этапа беременности у 64 пациенток с клиническими проявлениями патологического ПП различной выраженности и продолжительности. На основе анализа клинических симптомов и данных инструментальных методов обследования нами были выделены основные диагностические критерии и клинические варианты течения патологического ПП.

В качестве диагностических нами выбраны критерии, отражающие состояние основных компонентов родового акта: – женщины, плода, сократительной активности матки, родовых путей. Изменение их состояния оказывает решающее влияние на тактику ведения завершающего этапа беременности и родов.

При оценке состояния женщины главным образом принималось во внимание ее субъективное реагирование на течение ПП. При нарушении суточного ритма сна и бодрствования, жалобах на утомление, чувство тревоги состояние беременной оценивалось как неудовлетворительное. При отсутствии указанных симптомов – как удовлетворительное.

Диагностика состояния плода проводилась на основании оценки данных кардиотокографии (КТГ). Удовлетворительное состояние диагностировалось при регистрации физиологических ритмов сердцебиений плода. При обнаружении тревожных ритмов сердцебиений плода, сохраняющихся на повторных КТГ, его состояние трактовалось как неудовлетворительное.

Сократительная активность матки в прелиминарном периоде также оценивалась по

данным КТГ. Она считалась повышенной при регистрации двух и более схваток, близких по своим параметрам к родовым, на фоне коротких низкоамплитудных сокращений матки.

Для диагностики состояния родовых путей проводилась оценка степени «зрелости» шейки матки по шкале Bishop или ее раскрытия.

Результаты и обсуждение

На основании комплексной оценки вышеперечисленных факторов нами выделены клинические варианты течения патологического ПП.

Наиболее часто, у 36 (56,3%) беременных, начальным симптомом патологического ПП было появление болевых ощущений различной интенсивности внизу живота и пояснице, которые трактовались как начало родовой деятельности.

В 16 случаях (44,4%) возникновение болей обусловило обращение беременных в роддом. Общее состояние беременных не страдало, однако при поступлении они жаловались на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, на токограммах регистрировалось усиление сократительной активности матки. Беременные были госпитализированы в родильное отделение с диагнозом «предвестники родов». Состояние плода при поступлении по данным КТГ во всех случаях оценивалось как удовлетворительное. Продолжительность наблюдения женщин в предродовой палате до начала спонтанных или индуцированных родов составила от 3-х до 24-х часов. В период наблюдения осуществлялся КТГ-контроль состояния плода и сократительной деятельности матки, а также периодические влажные исследования.

У 20 пациенток (55,6%) симптомы данного варианта патологического ПП развились во время пребывания в отделении патологии беременности (ОПБ), куда беременные были заблаговременно госпитализированы для родовой подготовки и родоразрешения. При поступлении в ОПБ пациентки не предъявляли жалоб или отмечали непостоянные болевые ощущения, существенно не влияющие на общее состояние и самочувствие. По данным КТГ маточная активность у них отсутствовала (61,9%) или оценивалась как минимальная (была представлена частыми короткими низкоамплитудными сокращениями (38,1%)), регистрировались физиологические ритмы сердцебиений плода. Средняя продолжительность

пребывания пациенток в ОПБ до начала спонтанной или индуцированной регулярной родовой деятельности составила $3,4 \pm 0,39$ дней.

Появление начальных симптомов ПП при доношенной беременности, как правило, влечет за собой проведение врачами периодических влажных исследований. Так, по нашим данным, количество влажных исследований в период дородовой госпитализации в ОПБ составило в среднем $0,6 \pm 0,07$ исследований на одну беременную в сутки. Беременные, поступившие в прелиминарном периоде в родильное отделение, в зависимости от продолжительности пребывания в предродовой палате (в среднем $15,1 \pm 1,78$ ч) подвергались влажному исследованию от 2-х до 5-ти раз до установления факта начала спонтанных или индуцированных родов.

Нами было изучено изменение сократительной активности матки в ответ на влажное исследование, произведенное в прелиминарном периоде. Было установлено, что через 10 – 30 минут после проведения влажного исследования у 60% беременных регистрируется усиление или появление сократительной активности матки в виде развития 2 – 5 схваток за 10 минут различной длительности и амплитуды с появлением тянущих болей внизу живота. Интенсивность и длительность сохранения реакции на проведение влажного исследования во многом определяется степенью «зрелости» шейки матки, а также уровнем исходной сократительной активности матки. Произведенное повторно влажное исследование в день поступления или на следующий день сопровождается более выраженным и длительным повышением маточной активности. Изложенное позволяет говорить о влажном исследовании как одном из важных факторов риска формирования патологического ПП [3].

Нами также было обнаружено, что у 4 беременных (11,1% в структуре пациенток с данным вариантом патологического ПП) симптомы патологического ПП развились на фоне подготовки шейки матки к родам местными формами препаратов простагландинов. В большинстве случаев введение простагландинов начиналось при «созревающей» шейке матки. Изучение изменения сократительной активности матки в процессе их применения позволило установить, что в ответ на интравагинальное или интрацервикальное введение простагландинов в течение 3 часов, как пра-

вило, наблюдалось существенное повышение сократительной деятельности матки, более выраженное при интрацервикальном пути введения препаратов. В дальнейшем маточная активность несколько снижалась, однако вечером и ночью после введения препарата женщин беспокоили ноющие боли внизу живота. На токограммах, записанных в вечернее время (через 9 – 12 ч после начала родовозбуждения), регистрировались 2-3 разнокалиберные схватки за 10 минут. В связи с выраженностью и периодичностью болей три пациентки осматривались вагинально дежурными врачами, после чего, учитывая отсутствие динамики в состоянии шейки матки, вводились седативные и спазмолитические средства. Следовательно, подготовка к родам местными формами препаратов простагландинов фактически представляет собой формирование манифестированной картины течения ПП и, особенно при «недостаточно зрелой» шейке матки, способствует развитию ятрогенного патологического ПП [4].

Полученные нами результаты свидетельствуют, что преобладающим фактором развития патологического ПП у беременных является развитие достаточно интенсивной, но не приводящей к «созреванию» и раскрытию шейки матки сократительной активности матки. Данный вариант развития патологического ПП нами определен как **«маточный»**.

Основными диагностическими критериями «маточного» варианта являются:

- удовлетворительное состояние беременной;
- удовлетворительное состояние плода;
- усиление сократительной активности матки (регистрация на КТГ не менее 2 за 10 минут схваток, близких по своим параметрам к родовым, на фоне коротких низкоамплитудных сокращений);
- отсутствие существенной динамики в состоянии шейки матки.

Основными факторами риска его формирования являются:

- проведение влажных исследований, особенно повторных;
- применение местных форм препаратов простагландинов, особенно в сочетании с проведением контрольных влажных исследований.

В 21 (32,8%) случае определяющим фактором формирования патологического ПП явилось нарушение состояния беременной до поступления в стационар или во время дородовой госпитализации. Как правило, пациентки предъявляли жалобы на нарушение суточного ритма сна-отдыха, усталость, тревогу. Их не беспокоили болевые ощущения, а сократительная активность матки на КТГ практически отсутствовала. Преобладание субъективной симптоматики позволило нам назвать это вариант течения патологического ПП **«материнским»**.

Основными факторами развития «материнского» варианта патологического ПП являлись: отягощенный акушерский анамнез (осложненное течение предыдущих родов, их неблагоприятный исход и, как следствие, тревога за исход предстоящих родов), неблагоприятная обстановка в семье, недоверие к медицинскому персоналу. Кроме того, уже сам факт нахождения беременной не в привычной домашней обстановке, а в лечебном учреждении, где высока вероятность получения негативной информации, зачастую оказывал на нее стрессовое воздействие.

Диагностическими критериями «материнского» варианта течения патологического ПП являются:

- неудовлетворительное состояние беременной;
- удовлетворительное состояние плода;
- отсутствие или минимальная сократительная активность матки;
- отсутствие существенной динамики в состоянии шейки матки.

Основными факторами риска его формирования являются:

- нахождение беременной в стационаре на дородовой госпитализации;
- осложненное течение предшествующих беременностей и родов;
- низкое качество проведения психо-профилактической подготовки к родам.

У 7 (10,9%) женщин течение ПП осложнилось развитием признаков гипоксии плода по данным повторных КТГ, записанных накануне родоразрешения. При этом у них благополучно протекал заключительный этап беременности, самочувствие не было нарушено, а сократительная активность матки практически отсутствовала. Тем не менее, прелиминарный

период, при котором диагностируется неудовлетворительное состояние плода, следует считать патологическим. Данный вариант его развития мы определили как «**плодовый**».

Диагностическими критериями «плодового» варианта патологического ПП являются:

- удовлетворительное состояние беременной;
- неудовлетворительное состояние плода;
- отсутствие или минимальная сократительная активность матки;
- отсутствие существенной динамики в состоянии шейки матки.

Таким образом, нами определены три клинических варианта течения патологического ПП, которые имеют характерные диагностические критерии и могут быть своевременно диагностированы в родовспомогательном учреждении любого уровня.

Развитие симптомов патологического ПП, особенно «материнского» варианта, чаще происходит в условиях стационара (таблица 1), что может свидетельствовать о роли факторов ятрогенного характера в его формировании.

Таблица 1

Развитие начальных симптомов клинических вариантов течения патологического прелиминарного периода

| Клинические варианты течения патологического ПП | Развитие симптомов | |
|---|-------------------------|--------------|
| | на догоспитальном этапе | в стационаре |
| «Маточный» (n=36, 56,3%) | 16 (44,4%) | 20 (55,6%) |
| «Материнский» (n=21, 32,8%) | 6 (28,6%) | 15 (71,4%) |
| «Плодовый» (n=7, 10,9%) | 3(42,9%) | 4 (57,1%) |
| Всего: 64 | 25 (39,1%) | 39 (60,9%) |

Несомненно, состояние женщины, фетоплацентарного комплекса и сократительной активности матки находятся в тесной связи и оказывают взаимное влияние. Фактически при «маточном» варианте течения патологического ПП болевые ощущения сопоставимы с таковыми в I периоде родов. При отсутствии адекватного лечения в течение 6 – 12 часов развивается усталость, присоединяются симптомы «материнского» и «плодового» вариантов.

С другой стороны, при возникновении «плодового» варианта патологического ПП женщина начинает испытывать стрессовое состояние, волнуясь за благополучный исход беременности. При этом увеличивается кратность врачебных осмотров с проведением влагалищных исследований, вероятность применения местных форм препаратов простагландинов, что способствует присоединению «маточного» варианта.

Таблица 2

Диагностика клинического варианта течения патологического прелиминарного периода

| Диагностические критерии | Клинические варианты течения патологического ПП | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | «маточный» | «материнский» | «плодовый» | «сочетанный» |
| Состояние женщины | удовлетворительное | неудовлетворительное | удовлетворительное | сочетание 2 – 3 признаков |
| Состояние плода | удовлетворительное | удовлетворительное | неудовлетворительное | |
| Сократительная активность матки | повышена | отсутствует или минимальная | отсутствует или минимальная | |
| Состояние шейки матки | нет существенной динамики | нет существенной динамики | нет существенной динамики | нет существенной динамики |

Исследование показало, что при отсутствии адекватного лечения в течение суток лю-

бой из описанных вариантов течения патологического ПП реализуется в «**сочетанный**»

вариант, который следует рассматривать как наиболее неблагоприятный вариант, либо как некачественное ведение ПП в условиях стационара. По нашим данным, у всех обследованных женщин к моменту установления диагноза патологического ПП или начала родовой деятельности фактически наблюдался «сочетанный» вариант патологического ПП. При этом сочетание симптомов «маточного» и «материнского» вариантов выявлено почти у 80% пациенток, а симптомы неблагополучия плода – у 26,6%.

В таблице 2 представлены основные диагностические критерии клинических вариантов течения патологического ПП. Чем более выражена клиническая манифестация симптомов, тем легче осуществляется диагностика патологического ПП, но тем быстрее наступает истощение и развитие «сочетанного» варианта патологического ПП.

Выводы:

1. Для установления клинического варианта течения патологического прелиминарного периода необходима комплексная оценка основных диагностических критериев, которыми являются: состояние беременной женщины, состояние плода, сократительная активность матки и состояние шейки матки.
2. Начальные симптомы патологического прелиминарного периода могут клинически проявляться в виде «маточного», «материнского» или «плодового» вариантов.
3. В инициации симптомов патологического прелиминарного периода преобладает «маточный» вариант, основными факторами риска развития которого являются многократные влагалищные исследования и применение местных форм простагландинов.
4. Дородовая госпитализация является основным фактором риска развития «материнского» варианта патологического прелиминарного периода.
5. Пребывание в условиях стационара и поздняя диагностика начальных признаков изолированных вариантов патологического прелиминарного периода, как правило, приводят к суммированию факторов риска формирования патологического прелиминарного периода и

развитию наиболее неблагоприятного его варианта – «сочетанного».

Литература

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 668 с
2. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: Учебное пособие. – Минск: Книжный Дом, 2004. – 304 с.
3. Лёвина Н.Н. Изменение сократительной активности матки в ответ на влагалищное исследование, произведенное в прелиминарном периоде // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы юбил. науч. конф., посвящ. 75-летию со дня рожд. Заслуженного деятеля науки Республики Беларусь, акад. Белорус. АМН, предс. БелНПОААГН, д-ра мед. наук, проф. Г.И. Герасимовича. – Минск, 2004. – С. 128 – 130.
4. Лёвина Н.Н., Силява В.Л., Нагибович С.Ю. Особенности течения и исходы срочных родов, индуцированных локальными простагландинами, в зависимости от характера искусственно формируемого прелиминарного периода // Медицина. – 2005. – № 1 (48). – С. 45 – 47.
5. Лёвина Н.Н., Силява В.Л. Проблемы, обусловленные современными тенденциями госпитализаций беременных и рожениц в перинатальные центры разных уровней // Основы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № – С. 41 – 43.
6. Малгаждарова Б.С. Патологический прелиминарный период в современном акушерстве: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Москва, 1991. – 20 с.
7. Раскुरатов Ю. В. Аномалии родовой деятельности (особенности патогенеза, клиники и терапии в зависимости от характера прелиминарного периода): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.01. – СПб., 1995. – 32 с.
8. Ремнева О.В. Современный подход к патогенезу, диагностике, профилактике и лечению патологического прелиминарного периода: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Барнаул, 1996. – 16 с.
9. Савицкий А.Г. Патологический прелиминарный период // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – Т. 52, № 2. – С. 139 – 144.
10. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: Медпресс. – 2000. – 320 с.
11. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в Республике Беларусь / Л.А. Постоялко [и др.] // VII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь: материалы съезда: в 2 т. – Гродно, 2002. – Т. 1 – С. 4 – 8.
12. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М.: «Триада-Х», 1999. – 533 с.